

269

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1967

Nº

T H E S E
pour le
D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(Diplôme d' Etat)

par

Pierre LE VAVASSEUR

Né le 17 avril 1932

à Paris 16º

Présentée et soutenue publiquement le

1967

INDICATIONS ET RESULTATS DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS
LES HERNIES HIATALES DE
L'ENFANT
D'APRES L'ETUDE DE 250 OBSERVATIONS

Président : M. FEVRE, Professeur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549022_0055

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1967

Nº

T H E S E
pour le
D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(Diplôme d'Etat)

par

Pierre LE VAVASSEUR
Né le 17 avril 1932
à Paris 16º

Présentée et soutenue publiquement le

1967

INDICATIONS ET RESULTATS DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS
LES HERNIES HIATALES DE
L'ENFANT
D'APRES L'ETUDE DE 250 OBSERVATIONS

Président : M. FEVRE, Professeur.

I/I/1967

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T), Bénard (H), Bernard (E), Binet (L), Bulliard (H), Cathala (J), Chabrol (E), Chailley-Bert (P), Debré (R), Fey (B), Galliard (H), Gaudart d'Allaines (F de), Gennes (L de), Giroud (A), Hazard (R), Heuyer (G), Laroche (G), Lavier (G), Lelong (M), Lévy (Melle J), Lévy-Solal (E), Lian (C), Marchal (G), Mathieu (P), Monod (R), Moreau (R), Moulonguet (P), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Piédelièvre (R), Quenu (J), Renard (G), Richet (C), Senèque (J), Strohl (A), Tanon (L), Verne (J).

DOYEN Georges BROUET

1er ASSESSEUR Daniel BARGETON

IIe ASSESSEUR Jean GOSSET

I. PROFESSEURS

I° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

MM.

Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J)
Anesthésiologie	HUARD
---	VOURC'H (G)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F)
---	DESGREZ (P)
---	POLONOVSKI (P)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L)
---	DOGNON (A)
---	DJOURNO (J)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch)
Histologie	COUJARD (R)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	N.
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
---	KUSS (R)
---	VERNE (J.M)
Pathologie exotique	BRUMPT (L)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (G)
---	BRICAIRE (H)
---	PEQUIGNOT (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)

Clinique des maladies métaboliques(Necker)	HAMBURGER
Clinique des maladies du sang(Broussais)	BERNARD (J)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CAST IGNE (P)
Cliniques médicales Bicêtre	DEPARIS (M)
Broussais	MILLIEZ (P)
Cochin	CONTE (M)
Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Lariboisière	SEZE (S de)
Pitié	DREYFUS (G)
StAntoine	KOURILSKY (R)
---	BOUDIN (C)
Clinique d'hydrologie et climatologie(Bichat). . .	DEBRAY (C)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants malades)	MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique(Broussais) . . .	JUSTIN BESANCON
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie(Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique(Pitié)	GARCIN (R)
Cliniques obstétricales . . . Baudelocque	LACOMME (M)
StAntoine	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique:Hôtel-Dieu	OFFRET (G)
Cochin	BREGENT (P)
Clinique oto-rhino-laryngologique(Lariboisière) .	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St Vincent de Paul) . . .	THIEFFRY (S)
Clinique de pneumo-phtisiologie(Laennec)	BROUET (G)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale(Cochin)	COSTES (F)
Clinique stomatologique(Salpêtrière)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale(Vaugirard) .	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale(StAntoine) . . .	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.Poincaré)	JUDET (R)
Clinique urologique : Cochin	ABOULKER (P)
Necker	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R)
Séméiologie médicale : A.Chantin	DOMART (A)
Lariboisière	BOUVRAIN (Y)
Pitié	RAMBERT (P)
Rotschild	WOLFROMM (R)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLIEUX (F)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRE (R)
	BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)
Médecine	AZERAD (E)
	BOUR (H)
	CAROLI (J)

	DREYFUS (B)
	GROSSIORD (A)
	LAMBLING (A)
	LAUNAY (C)
	PAYET (E)
	PERRAULT (M)
	SIGUIER (F)
	WORMS (R)
Neuro-chirurgie	LEBEAU (J)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R)
Pédiatrie	POLONOVSKI (C)
	ROYER (P)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B)
	MEYER (A)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II. PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique:GOUYGOU (C)	Pédiatrie: ROSSIER (A)
Bactériologie:CHRISTOL (D)	Physique: COURSAGET (J)
Biochimie médicale. .:CARTIER (P)	GREMY (F)
	GONNARD (P)
Biologie médicale . .:HARTMANN (L)	Physiologie: GIRARD (F)
Hématologie:BILSKIPASQUIER	Stomatologie: CHAPUT (Mme A)
Maladies infectieuses:DUPONT (V)	Thérapeutique.: CHLSSAGNE (P)

III. PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P)
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)

IV. PROFESSEUR ASSOCIE

Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D)
	MORICARD (R)

Secrétaire général de la Faculté LENA (J)
 Conseillers administratifsCHARENTREUIL(MelleG),FAYE(R)
 Conservateur en chef Bibliothèque et musée
 de l'histoire de la médecine HAHN (Dr.A)
 Conservateurs . . .Melles DUMITRE,LAURENT,LENOIR.
 Bibliothécaires . .Mmes CONTET,FORGET,DUROZOY,ROBERGE,SCHILLER;

Par délibération en date du 9/12/1798,l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées,doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

En souvenir de mon père

A ma mère,

A ma femme,

A ma sœur,

A mon frère,

Avec toute mon affection.

A Monsieur le Professeur FEVRE

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence
de cette Thèse.
En hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur Agrégé B. DUHAMEL

Chirurgien de l'Hôpital St Denis

Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse et m'a patiemment fait
partager le fruit de sa grande
expérience pour son élaboration.

Qu'il trouve, dans ce travail un
remerciement pour
l'enseignement précieux et l'exemple
qu'il a su me donner, en même temps
qu'un témoignage de mon fidèle et
respectueux attachement.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux :

Externat :

Le Professeur MENEGAUX In mémoriam

Le Professeur RUDLER

Le Docteur SCHWOB

Le Professeur SOULIE

Le Docteur WEILL

Le Professeur GROSSIORD

Le Docteur MORIN

Le Professeur de SEZE

Externat I² :

Le Professeur BOUVRAIN

Internat :

Le Docteur LAZARD

Le Professeur DUHAMEL

Le Professeur GERMAIN

Le Docteur LARGET

Le Docteur MOYSE

Le Docteur PILLERON

Le Docteur PERREAU

INTRODUCTION

Nous ne prétendons pas, dans ce travail, faire une mise au point générale sur le problème, toujours discuté, du traitement des hernies hiatales de l'enfant.

Nous nous sommes, simplement, proposé de préciser les résultats de leur traitement chirurgical à la lumière des cas observés par notre Maître, le Professeur Agrégé B. DUHAMEL.

Il nous semble, cependant, que l'on peut voir là un aspect intéressant et important du problème qui nous occupe, nos observations représentant une expérience d'une quinzaine d'années, et étant assurées d'une parfaite unité thérapeutique, puisqu'elles comprennent 129 interventions pour hernie hiatale, pratiquées par le même opérateur.

Après avoir détaillé quel a été notre matériel d'étude, nous exposerons les différents types d'interventions utilisés avant d'en préciser les indications.

Dans l'étude des résultats, nous étudierons séparément :

- Les résultats des opérés pour hernie hiatale non compliquée
- Celui des opérés pour sténose oesophagienne peptique
- Enfin, les résultats des réinterventions.

M A T E R I E L D'E T U D E

Sur 250 cas de hernie hiatale observés, nous avons retenu :

- 96 opérés en dehors de toute complication,
- 3 opérés pour un accident aigu d'étranglement
- 17 opérés pour sténose oesophagienne grave,
- 13 réinterventions dont deux chez le même malade.

Certaines de ces observations avaient fait l'objet d'une publication du Professeur Agrégé B. DUHAMEL, au Congrès de Pédiatrie de 1957 ; revues après 10 ans, elles ont permis de juger de la qualité des guérisons, et aussi de l'évolution des mauvais résultats.

TYPE ANATOMIQUE

1^o - Sur les 99 hernies hiatales opérées en dehors d'une sténose, on comptait :

- 27 cardias mobiles
- 19 petites poches
- 22 grosses poches
- 31 hernies droites.

2^o - Les 17 sténoses graves compliquaient :

- 4 fois un cardia mobile
- 9 fois une petite poche
- 1 fois une grosse poche
- 3 fois une hernie hiatale dont le

type anatomique n'est pas précisé.

3^o - Les 13 réinterventions ont été indiquées devant l'échec du traitement chirurgical initial de

- 3 cardias mobiles
- 2 grosses poches
- 3 hernies droites
- 5 types anatomiques non précisés

L'âge moyen des opérés est de 14 mois.

Le nourrisson le plus jeune a été opéré à l'âge de 2 jours, pour étranglement médiastinal.

TYPE D'INTERVENTIONS PRATIQUES

-----^-----

Le protocole opératoire a été modifié au cours des années pour tenter, par des perfectionnements techniques, d'améliorer les résultats, et notamment de réaliser un dispositif anti-reflux efficace.

Nous envisageons les interventions en deux grands groupes selon la voie d'abord utilisée.

LA VOIE D'ABORD ABDOMINALE

Elle a été la première utilisée mais ne l'est plus actuellement que de façon exceptionnelle.

Il lui est reproché de donner un jour souvent insuffisant. Elle semble plus choquante chez l'enfant que la voie thoracique, sans doute parce qu'elle nécessite parfois la mobilisation du lobe gauche du foie, qui peut être gênant par son volume, volontiers important chez l'enfant.

La technique de cure habituellement utilisée par cette voie d'abord abdominale comprenait initialement :

- L'abaissement par traction de l'estomac hernié
- Le rétrécissement de l'hiatus, suturé en arrière de l'oesophage.
- La fixation de la grosse tubérosité au diaphragme et dans certains cas, une pexie de la petite courbure au ligament rond.

Lors d'interventions abdominales plus récentes, faites de temps à autre, à titre d'épreuve pour échapper à une attitude trop systématique, cette reposition simple a été complétée par la refection de l'angle de HIS.

L'intervention de NISSEN, proposée en 1956, réalisant un séduisant dispositif anti-reflux, fut le prétexte à utiliser à nouveau la voie abdominale. Cependant, de graves complications post-opératoires qui ont parues imputables à l'acte chirurgical, ont une fois de plus, fait abandonner cette voie, d'autant plus volontiers que le NISSEN s'avère de réalisation très facile par voie thoracique.

Dans notre statistique, la voie abdominale a été utilisée 19 fois :

1^o - 13 fois pour des hernies non compliquées de sténose avec

- 7 repositions simples
- 1 reposition complétée par une refexion de l'angle de His.
- 5 opérations de NISSEN associées (sauf une fois) à une pyloroplastie.

2^o - Une sténose peptique grave a été abordée par l'abdomen pour réaliser une opération de NISSEN avec vagotomie et pyloroplastie.

3^o - Cinq réinterventions par voie abdominale consistaient :

- 2 fois en une reposition simple
- 1 fois en reposition avec refexion de l'angle de His.
- 2 fois en une opération de NISSEN avec vagotomie et pyloroplastie.

Les complications propres à la voie d'abord abdominale ont été trois traumatismes per-opératoires du foie et de la rate dûs à une mauvaise exposition de la région cardio-oesophagienne dont l'abord abdominal peut être gêné par le lobe hépatique gauche :

- L'un de ces traumatismes du foie au cours d'une opération de Nissen par voie abdominale a entraîné une thrombose des veines sus-hépatiques, responsable du décès post-opératoire précoce.

- Les deux autres accidents constatés lors d'une intervention abdominale comprenaient :

a) Un autre traumatisme hépatique celui-là non mortel

b) Une blessure de la rate lors de la cure d'une hernie hiatale étranglée. La splénectomie faite chez ce nourrisson de moins d'un mois n'a eu, heureusement, aucune conséquence tant immédiate qu'à distance.

Il faut signaler enfin, au passif de la voie abdominale, la hernie transdiaphragmatique du dispositif de fundo-plicature à la Nissen. Cette complication est rencontrée à deux reprises dans notre statistique. L'une de ces hernies était le fait d'un autre chirurgien, mais entre dans notre étude à l'occasion de la réintervention qu'elle a nécessité.

LA VOIE THORACIQUE

Elle est de loin, la plus fréquemment utilisée dans notre série.

Adoptée par le Professeur Agrégé B. DUHAMEL depuis 1951, elle consiste en une thoracotomie dans le huitième espace intercostal gauche sans resection de côte.

Peu choquante chez l'enfant, elle donne un très bon jour, à la fois sur la hernie et sur l'oesophage.

Après incision diaphragmatique, elle permet, mieux que la voie abdominale, l'étude de la disposition des viscères la resection d'un éventuel sac péritonéal additionnel, la libération de l'oesophage inférieur souvent engainé dans une importante réaction inflammatoire, rendant possible ainsi, les différentes manoeuvres de reposition et de transposition.

Enfin, la réalisation par cette voie thoracique de la fundo-plicature de Nissen avec ou sans pyloroplastie ne comporte pas de difficultés techniques particulières, de même, bien entendu, que la vagotomie.

L'intervention de ALLISON associant, une reposition simple et une fermeture de l'hiatus en arrière de l'oesophage n'a pas été pratiquée. En effet, pensant que l'existence d'un brachyoesophage par oesophagite-rétractile d'une part, et la mauvaise qualité des berges de l'hiatus, d'autre part, pouvaient bien être la cause des récurrences observées après cette intervention, c'est la technique de reposition-transposition antérieure de l'hiatus qui a été adoptée dès 1951.

De 1951 à 1952 a été utilisée la technique décrite par MERENDINO et WANGENSTEEN comportant la reposition-transposition simple.

Si les résultats étaient assez satisfaisants, la persistance, trop fréquente d'un reflux radiologique, a conduit, dès 1952 à compléter l'intervention de Merendino et Wangenstein par la refection de l'angle de His grâce à un adossement soigneux, aux points séparés de la grosse tubérosité de l'estomac au bord gauche de l'oesophage.

Cette amélioration technique donna, au début, d'excellents résultats, mais après cette période faste, les résultats sont devenus moins satisfaisants avec notamment un reflux persistant dans quelques cas.

Cette détérioration des résultats pouvait s'expliquer par le fait que les pédiatres devenant moins interventionnistes, confiaient au chirurgien des cas plus évolués et moins favorables. Cependant, on a tenté, à nouveau d'améliorer la technique en inaugurant un nouveau dispositif anti-reflux :

"Une sangle musculaire, dont on respecte l'innervation, est découpée sur le pilier du diaphragme et vient cravater l'oesophage par en avant, l'enserrant ainsi dans un anneau musculaire contractile. L'angle de His est reconstitué par la fixation de la grosse tubérosité à l'oesophage au-dessus de cette bandelette diaphragmatique. L'intervention est terminée par une transposition antérieure de l'oesophage et fermeture de l'hiatus en arrière de lui".

Ce dispositif anti-reflux, n'ayant pas notablement amélioré les résultats, on en est venu récemment à pratiquer des interventions de Nissen par la voie thoracique après les complications opératoires, comme nous l'avons vu, des Nissen faits par voie abdominale.

Ces interventions de Nissen par voie thoracique n'ont d'original que leur voie d'abord qui, pour l'opérateur qui en a une grande expérience, permet une réalisation très aisée de la fundo-plicature, et d'une éventuelle pyloroplastie de complément.

Sur les 110 interventions par voie thoracique que comporte notre statistique, il n'a pas été observé de véritable complication inhérente à cette voie d'abord.

- 1 décès post-opératoire a été dû à une toxicose secondaire

- 1 blessure de la rate a nécessité une splénectomie dont les suites furent simples.

- Malgré l'absence de drainage systématique de la cavité pleurale, on n'a pas constaté de complications pleuro-pulmonaires importantes:

- 4 fois des troubles de la ventilation ont été transitoires

- 4 fois un épanchement pleural minime dans les suites opératoires n'a nécessité ni ponction, ni drainage secondaire ni réintervention.

- Il n'a jamais été observé de rupture de la suture diaphragmatique. Sur nos deux seuls cas de récurrence anatomique après intervention thoracique, l'une a été opérée par un autre chirurgien et nous n'en connaissons pas la nature exacte, l'autre, reprise par le même opérateur, était, en fait, une éviscération paralytique du diaphragme dont on peut rendre responsable la section opératoire de filets du phrénique.

Au total, sur les 129 interventions de notre étude, 110 ont été faites par voie thoracique :

- 86 pour des hernies hiatales non compliquées comprenant :

- 18 repositions-transpositions simples
- 52 repositions-transpositions avec refexion de l'angle de His.
- 13 repositions-transpositions avec refexion de l'angle de His et bandelette musculaire.
- 1 reposition-transposition avec refexion de l'angle de His, vagotomie et pyloroplastie.
- 2 Nissen avec vagotomie et pyloroplastie.

- 16 pour sténose grave comprenant :

- 3 repositions-transpositions simples
- 10 repositions-transpositions avec refexion de l'angle de His
- 2 repositions-transpositions avec refexion de l'angle de His et bandelette
- 1 reposition avec Nissen, vagotomie et pyloroplastie.

- 8 lors de réinterventions comprenant :

- 1 reposition-transposition simple
- 4 repositions-transpositions avec refexion de l'angle de His
- 1 reposition-transposition avec refexion de l'angle de His et bandelette musculaire
- 1 reposition-transposition avec refexion de l'angle de His et vagotomie
- 1 intervention de Nissen avec vagotomie et pyloroplastie.

INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DANS LES HERNIES HIATALES

Sur nos 250 cas, 129 ont été opérés soit une proportion de 52% de traitement chirurgical.

LE TRAITEMENT MEDICAL

Le traitement médical associant les antispasmodiques, l'épaississement des repas et surtout le traitement postural, peut suffire à amener la régression des troubles. Cependant, il faudra être sévère sur la qualité de cette régression et craindre notamment, que de petits signes cliniques persistants ou un reflux radiologique même en l'absence de tout signe clinique, n'aboutissent dans un avenir plus ou moins lointain, à la constitution d'une sténose peptique.

L'efficacité du traitement chirurgical qui pourrait devenir nécessaire s'en trouverait alors compromise.

On manque, d'autre part, de recul pour savoir si les hernies hiatales traitées médicalement dans l'enfance, sont susceptibles de faire reparler d'elles à l'âge adulte (à l'opposé on n'a pas pu établir que les adultes porteurs de hernies hiatales l'aient été dès l'enfance).

Il est cependant très justifié de recourir au traitement médical, en l'absence de complications, surtout dans les petites hernies hiatales et à condition de bien surveiller l'enfant pour reconnaître la constitution à bas bruit d'une sténose.

Il ne devra pas être poursuivi trop longtemps et en l'absence d'une amélioration nette après quelques semaines ou quelques mois, il faudra savoir poser l'indication opératoire ; le résultat de l'intervention étant d'autant meilleur que celle-ci sera plus précoce.

Sur les 120 malades traités médicalement dans notre série :

- 10 sont décédés
- 41 ont été perdus de vue
- 69 ont été revus récemment.

Sur ces 69 malades suivis :

- 15 ont un mauvais résultat clinique et radiologique
- 54 sont guéris cliniquement
 - 21 sans contrôle radiologique
 - 16 avec persistance radiologique de la hernie
 - 9 avec diminution de la hernie
 - 8 sans image radiologique de hernie mais avec un reflux persistant.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Dans 129 cas opérés de notre série, les indications ont été variables :

I^o - Dans le cadre des hernies hiatales sans sténose et en dehors des réinterventions :

Les indications opératoires les plus habituelles ont été les syndromes émetisants graves et les hématomèses.

Nous avons porté sur le tableau suivant les différentes indications opératoires en précisant pour chacune sa fréquence suivant le type anatomique de la hernie :

<u>Indications opératoires en dehors des sténoses et des réinterventions</u>	<u>Type anatomique</u>				TOTAL
	<u>Hernie droite</u>	<u>Grosse poche</u>	<u>Cardia mobile</u>	<u>Petite poche</u>	
Intervention de principe	12	2	1	2	17
Syndrome émetisant grave	5	9	7	5	26
Hématèmèse	8	6	13	5	32
Anémie	2	1		2	5
Oesophagite		1	4	2	7
Sténose peptique précoce			1		1
Syndrome hiato-pylorique				1	1
Etranglement	3				3
Compression de l'oreillette		1			1
=====					
T O T A L	30	20	26	17	93

Six indications opératoires dans le cadre des hernies hiatales simples n'ont pas pu être précisées.

2^e - Parmi les 17 sténoses graves opérées :

- 4 compliquaient un cardia mobile
- 1 une grosse poche
- 9 une petite poche
- 3 compliquaient une hernie hiatale dont le type anatomique n'a pas été précisé.

3^e - 13 réinterventions ont été nécessaires :

- 5 fois devant la persistance d'un sac d'une hernie droite
- 2 fois devant une hernie intrathoracique d'une fundo-plicature faite par voie abdominale.
- 3 fois pour une sténose grave
- 3 fois pour oesophagite persistante.

Tel est l'aspect global des indications chirurgicales dans notre série de hernies hiatales mais il faut noter qu'elles ont évolué au cours des années notamment à cause de la réticence croissante des Pédiatres vis à vis de la chirurgie.

C'est ainsi qu'actuellement, les indications chirurgicales sont beaucoup moins fréquentes mais aussi, que les résultats en sont moins bons.

En effet,

- en 1950 - 1952, on note 83 % de bons résultats post-opératoires
 - en 1953 - 1958, 75 %
 - en 1959 - 1964, 61 % seulement
- ces chiffres allant, à l'inverse des améliorations techniques.

De même, les sténoses graves sont devenues plus fréquentes. On comptait :

- en 1950 - 1952, 4 sténoses avec 3 bons résultats thérapeutiques
- en 1953 - 1958, 12 " 3 "
- en 1959 - 1964, 3 " 1 "

Cette détérioration des résultats s'explique sans doute, par le fait que les hernies hiatales sont confiées au chirurgien à un stade plus tardif de leur évolution, laissant le temps d'apparaître à la sténose contre laquelle la chirurgie reste encore très désarmée.

Le traitement chirurgical des hernies hiatales ne doit pas être l'ultime recours et nous verrons que les indications de principe sont celles qui donnent les meilleurs résultats.

ETUDE DES RESULTATS

Nous pouvons faire état de 129 interventions dont 13 sont des réinterventions.

- 22 ont été perdus de vue. Il s'agissait de :

- 3 hernies droites
- 7 grosses poches
- 4 petites poches
- 5 cardias mobiles
- 1 sténose
- 2 réinterventions

- 8 sont décédés :

1^{er} - 3 décès sont dûs à des affections intercurrentes telles que :

- Un infarctus mésentérique survenant un an après une intervention pour sténose.
- Une leucose aigue 4 ans après l'intervention
- Une toxicose au 20^e jour post-opératoire

2^e - Une fois, le décès peut être imputé à la gravité de la complication ayant conduit à l'intervention d'urgence. Il s'agissait d'un enfant de 7 ans, porteur d'une hernie droite et opéré pour étranglement de la hernie compliqué de perforation. Le décès est survenu 36 heures après l'intervention par voie abdominale, dans un tableau de choc et de dilatation aigue de l'estomac.

3^e - Deux fois, la mort est survenue à distance de l'acte opératoire :

- L'une au 4^e mois après l'intervention d'urgence pour compression de l'oreillette par une grosse poche chez un enfant de 2 jours, atteint d'une maladie congénitale du système conjonctif.
- L'autre, chez un enfant de 2 mois et demi opéré par voie thoracique pour grosse poche alors que les suites post-opératoires avaient été parfaitement simples.

4^e - Dans un cas seulement, le décès survenu au 8^e jour peut être imputable à l'acte opératoire. Il s'agissait d'un cardia mobile opéré pour syndrome émetisant grave à l'âge de 6 jours par voie abdominale selon la technique de Nissen. L'autopsie a mis en évidence une péritonite par perforation gastrique et une thrombose des veines sus-hépatiques secondaire à un traumatisme opératoire.

Il reste dans notre série, 99 opérés qui ont pu être suivis avec un recul suffisant pour qu'il soit possible de juger de façon valable le résultat de leur traitement chirurgical.

Ces malades ont été revus en consultation ou ont répondu de façon précise à un questionnaire détaillé, permettant ainsi d'apprécier la qualité du résultat clinique.

Les contrôles radiologiques à distance de l'intervention sont, par contre, relativement moins nombreux, soit que les enfants n'aient pas été revus en consultation, soit que les parents aient refusé une nouvelle radiographie dont il ne voyaient pas l'utilité devant un parfait résultat clinique.

Pourtant, il apparaît nettement sur le tableau suivant, qu'un bon résultat clinique ne s'accompagne pas toujours d'une guérison radiologique. A l'inverse, nous n'avons pas constaté de guérison radiologique avec un mauvais résultat clinique, et il semble qu'un résultat radiologique imparfait puisse être acceptable à condition que ce soit en dehors de toute symptomatologie clinique.

	Bons résultats radiologiques	Mauvais résultats radiologiques
Bons résultats cliniques	27	12
Mauvais résultats cliniques	0	16

Nos contrôles radiologiques ont été :

- 50 fois des contrôles standard
- 5 fois des contrôles radio-cinématographiques.

Pour tenter de tirer des conclusions claires de notre étude nous avons adopté des critères très sévères et nous en avons réduit au maximum les nuances, puisque nous n'envisagerons que de bons ou de mauvais résultats.

Ont été considérés :

- Comme bons résultats cliniques, ceux où toute symptomatologie avait disparu
- Comme mauvais résultats cliniques, ceux où n'a été constaté qu'une amélioration incomplète ou, bien entendu, la persistance sans changement, des signes pré-opératoires ou encore, l'apparition secondaire d'une sténose oesophagienne.

Les critères radiologiques sont emprunts de la même sévérité :

- Les bons résultats correspondant à une bonne reposition de la hernie sans reflux et sans signe d'oesophagite ou de sténose.
- Tous les autres cas sont considérés comme mauvais résultats, même s'il ne s'agit que d'un reflux simple sans aucune traduction clinique.

Ces contrôles se situent :

- 20 fois de 1 à 2 ans après l'intervention
- 79 fois de 2 à 20 ans après l'intervention

Nous avons écarté, de principe, les contrôles trop récents correspondants à 27 malades sans recul suffisant ou perdus de vue.

Cependant, il nous a paru intéressant de voir, à la lumière des cas régulièrement suivis, si on était en droit de préjuger devant un bon résultat précoce de son avenir.

Nous avons porté sur le tableau suivant le résultat des cas contrôlés dans l'année post-opératoire puis à distance.

	Restant ou devenant bons résultats à distance	Restant ou devenant mauvais résultats à distance
Bons résultats post-opératoires	16	4
Mauvais résultats post-opératoires	15	12

On voit qu'un bon résultat post-opératoire a toute chance de le rester et qu'un mauvais résultat post-opératoire s'améliore aussi souvent qu'il se confirme à distance.

Les résultats des interventions de notre série ont été définis selon les critères que nous venons de préciser. Mais il nous a paru plus cohérent pour en faire l'étude, de les envisager dans trois grandes catégories différentes. C'est ainsi que nous verrons successivement les résultats du traitement chirurgical :

1º - Des hernies hiatales en dehors de toute sténose

2º - Des sténoses oesophagiennes graves

3º - Des réinterventions indiquées devant l'échec d'un acte chirurgical antérieur.

RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DANS LES HERNIES HIATALES EN

DEHORS DE TOUTE STENOSE

Dans ce groupe :

- 19 ont été perdus de vue
- 15 ont été revus avec un recul de 1 à 2 ans
- 65 avec un recul de 2 à 14 ans

Sur les 80 cas contrôlés, nous avons à déplorer 5 décès, dont nous avons déjà parlé :

- 3 par affection intercurrente
- 2 post-opératoires (1 traumatisme du foie
(1 étranglement)

Parmi les 75 cas restants, 40 ont été contrôlés radiologiquement à distance.

Les résultats d'ensemble sont portés sur le tableau suivant :

	Bons résultats	Mauvais résultats	TOTAL
Contrôle clinique	65	10	75
Contrôle radiologique	20	20	40

Il n'y a pas, dans cette série, de bons résultats radiologiques avec un mauvais résultat clinique.

Les mauvais résultats cliniques ont un mauvais résultat radiologique.

Il y a 10 cas guéris cliniquement avec un mauvais résultat radiologique qui consiste en une persistance du reflux.

Enfin, 35 cas sont guéris cliniquement sans contrôle radiologique.

Parmi les 10 mauvais résultats cliniques et radiologiques 5 ont dû être réopérés :

- 4 l'ont été par le Professeur Agrégé B. DUHAMEL et seront revus au chapitre des réinterventions :

- I pour récurrence anatomique
- I pour sténose secondaire
- I pour hernie diaphragmatique d'un Nissen fait par voie abdominale
- I pour persistance du reflux avec hématurie

- le 5^e cas a été réopéré par le Professeur Agrégé PELLERIN et la guérison obtenue avec 4 ans de recul après intervention de Nissen avec pyloroplastie.

Si ces résultats d'ensemble sont assez favorables puisqu'en se basant sur des critères sévères, ils témoignent d'une guérison clinique dans 80 % des cas, ils ne permettent pas de préjuger du facteur déterminant le résultat final.

C'est pour essayer de dégager cette notion que, dans nos 75 observations utilisables (les décédés étant exclus) nous nous sommes attachés à étudier les résultats du traitement en fonction de :

- L'âge des opérés
- La forme anatomique de la hernie
- L'indication opératoire
- La technique chirurgicale utilisée.

RESULTATS SELON L'AGE DES OPERES

Résultats cliniques	Age	Résultats radiologiques
XXXXXXXXXX +	2 mois	XXX ++++
XXXXXXXXXXXXXXXXXX +++++	2 - 6 mois	XXXXXXXX ++++++
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX +++	7 - 12 mois	XXXXXXXX ++++++
XXXXXXXXXX	13 - 18 mois	XXX +
XXXXXXXXXX +	18 mois - 3 ans	XXXX +
XXXX	4 ans et plus	XX

X : bon résultat

+ : mauvais résultat

C'est entre 2 et 12 mois que nous avons le plus d'interventions.

Sans qu'il y ait une différence significative dans les résultats cliniques, c'est entre 7 et 12 mois qu'on note le plus grand nombre de bons résultats.

Il semble, par contre, que les résultats radiologiques soient plus souvent bons à partir de 12 mois. Mais cette conclusion ne concerne que les formes non compliquées et les cas opérés chez le grand enfant, relevaient le plus souvent, d'une indication de principe dans les hernies hiatales donnant un minimum de signes. Ces interventions tardives ont été faites en dehors de toute sténose.

RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
SELON LA FORME ANATOMIQUE
DE LA HERNIE

Ils sont consignés dans les tableaux ci-dessous :

1^{re} Hernies droites

- 1 décès
- 3 perdus de vue

	Bons résultats	Mauvais résultats	TOTAL
Résultats cliniques	24	3	27
Résultats radiologiques	8	4	12

Parmi les mauvais résultats, un a dû être réopéré à 2 reprises pour persistance du sac péritonéal et récurrence.

2^e Grosses poches

- 3 décès
- 7 perdus de vue

	Bons résultats	Mauvais résultats	TOTAL
Résultats cliniques	10	3	13
Résultats radiologiques	3	4	7

Parmi les mauvais résultats, une réintervention a été nécessaire pour persistance du reflux avec hématomène.

3° Petites poches

- 4 perdus de vue

	Bons résultats	Mauvais résultats	TOTAL
Résultats cliniques	13	2	15
Résultats radiologiques	5	4	9

Parmi les mauvais résultats, une réintervention a été nécessaire pour traiter une hernie du dispositif de fundo plicature après Nissen.

4° Cardias Mobiles

- 1 décès
- 5 perdus de vue

	Bons résultats	Mauvais résultats	TOTAL
Résultats cliniques	17	3	20
Résultats radiologiques	4	9	13

Parmi les mauvais résultats deux ont subi une réintervention dont une avec succès depuis 4 ans, faite par un autre chirurgien.

X : bon résultat

+ : mauvais résultat

Résultats cliniques	Forme anatomique	Résultats radiologiques
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX +++	Cardia mobile	XXXX ++++++
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ++	Petite poche	XXXXX ++++
XXXXXXXXXXXXX +++	Grosse poche	XXX ++++
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX +++	Hernie droite	XXXXXXXXX ++++

Sur ce tableau récapitulatif des résultats selon la forme, anatomique, il apparaît que ce sont les hernies droites qui donnent les meilleurs résultats cliniques et radiologiques.

Dans les grosses poches, il existe un certain parallélisme entre les résultats cliniques et les résultats radiologiques.

Par contre, dans les formes mineures et spécialement dans les cardias mobiles, si la proportion de bons résultats cliniques est satisfaisante, les résultats radiologiques y sont fréquemment mauvais. En effet, 1/3 des cardias mobiles et 1/6 des petites poches guéris cliniquement sont un échec radiologique.

RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES HERNIES HIATALES SELON LES INDICATIONS

Ils sont portés sur le tableau ci-dessous où il n'a été tenu compte que de l'indication opératoire sans envisager la forme anatomique en cause.

Les 2 étranglements et la compression de l'oreillette dont nous avons déjà parlé, ont été réunis dans la même rubrique de complications aiguës.

Résultats cliniques	Indication opératoire	Résultats radiologiques
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX +	Indication de principe	XXXXXX ++
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX +++++	Syndrome émetisant grave	XXXXXXX +++++++
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX +	Hématémèse	X +++++
XXX	Anémie	XX
XXXXX ++	Oesophagite	XXXX ++
X ++	Complications aiguës	++

X : bon résultat

+ : mauvais résultat

Il apparait que ce sont les indications opératoires de principe qui donnent la plus grande porportion de bons résultats cliniques et radiologiques.

Ces interventions dites de principe peuvent paraître abusives, mais elles nous semblent parfaitement justifiées par leurs bons résultats, mais aussi par la gravité fréquente de l'évolution des hernies hiatales de l'enfant.

Les indications posées pour hématomèse donnent un résultat clinique aussi favorable mais leur résultat radiologique est nettement moins bon.

Les plus mauvais résultats sont ceux des interventions pour oesophagite ou accident aigu.

Les interventions pour syndrome émétisant grave donnent paradoxalement de moins bons résultats, surtout radiologiques, que les interventions pratiquées pour oesophagite. Il est probable que beaucoup de syndromes émétisants traduisent l'existence d'une sténose frustre mais organique alors que l'oesophagite est le témoin d'un processus encore évolutif, donc, souvent réversible.

RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES HERNIES HIATALES DE L'ENFANT
SELON LA TECHNIQUE OPERATOIRE UTILISEE

Résultats cliniques	Techniques opératoires	Résultats Radiologiques
XXX ++	Abdominale simple	XX +++
X	Abdominale avec refection His	+
X +	Nissen abdominal pyloroplastie	X +
XXXXXXXXXX ++	Thoracique simple	XXX ++
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX +++++	Thoracique avec refec- tion angle de His	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX +++++
XXXXXXXXXX ++	Thoracique avec His et bandelette	XX +++
XX +	Thoracique avec His vagotomie pyloroplastie	X ++

X : bon résultat

+ : mauvais résultat

Nous avons surtout à faire état d'interventions par voie thoracique et le peu de pratique de la voie abdominale ne montre pas qu'elle soit supérieure.

Dans le cadre des interventions par voie thoracique, il n'apparaît pas de modification significative des résultats selon les modalités opératoires. La refexion de l'angle de His semble cependant une condition importante dans l'obtention d'un bon résultat.

Devant cette étude statistique peu démonstrative quant à la supériorité d'une technique opératoire, nous avons cherché à préciser si, pour une forme anatomique donnée, il pouvait y avoir une technique opératoire de prédilection.

En fait,

- Dans les hernies droites la reposition thoracique simple et surtout la reposition thoracique avec refexion de l'angle de His donnent les meilleurs résultats.

- Dans les grosses poches la technique ne semble pas influencer le résultat.

- Dans les petites poches et cardias mobiles nous avons mis en évidence dans notre série, la supériorité de la voie thoracique avec refexion de l'angle de His.

Il apparaît donc que la voie thoracique avec refexion de l'angle de His soit une intervention satisfaisante en dehors de toute sténose peptique, et ce, quelque soit la forme anatomique en cause. Son amélioration technique par la confection d'une sangle diaphragmatique à visée antireflux, ne semble pas en avoir modifié les résultats.

RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES HERNIES HIATALES

COMPLIQUEES DE STENOSE GRAVE

Nous avons écarté du cadre des sténoses véritables, les sténoses dûes à une réaction inflammatoire péricardiale. Ces dernières sont assez fréquentes mais de pronostic très différent. Il en a été observé 11 cas radiologiquement importants mais guéris par la simple reposition. Ces observations ont déjà été étudiées dans le cadre des hernies hiatales non compliquées.

Les véritables sténoses oesophagiennes dont le signe clinique essentiel est l'hématémèse, et le meilleur moyen diagnostique, le radio-cinéma, peuvent être classées en sténoses précoces et sténoses tardives.

1^o - Les sténoses précoces, d'apparition néo-natale ont un pronostic opératoire assez favorable. Nous en avons observé 7 cas, avec

- 2 bons résultats cliniques et radiologiques
- 2 bons résultats cliniques sans contrôle radiologique
- 2 mauvais résultats cliniques et radiologiques
- 1 bon résultat clinique avec mauvais résultat radiologique.

2^o - Les sténoses organiques tardives associent un aspect court et rigide de la zone rétrécie à un brachy-oesophage secondaire. Nous en avons observé 12 cas, toutes chez des enfants de plus d'un an :

- 3 fois l'anémie a été révélatrice
- 6 fois une encéphalopathie été associée à la hernie hiatale.

Le traitement chirurgical en est habituellement décevant et toujours plus mauvais que celui des sténoses précoces.

Sur les 19 sténoses graves relevées dans notre statistique, 2 seulement n'ont bénéficié que d'un traitement palliatif associant la gastrostomie et les dilatations instrumentales.

Il reste 17 sténoses traitées chirurgicalement dont 3 après dilatations oesophagiennes pré-opératoires.

Le traitement a consisté en :

- 3 repositions-transpositions thoraciques
- 10 repositions-transpositions thoraciques avec refection de l'angle de His
- 2 repositions-transpositions thoraciques avec dispositif anti-reflux par bandelotte diaphragmatique.
- 1 reposition thoracique avec Nissen, vagotomie et pyloroplastie
- 1 opération de Nissen par voie abdominale avec vagotomie.

- 11 fois on a dû recourir aux dilatations post-opératoires et dans deux cas une gastrostomie associée a été nécessaire.

- Enfin, 3 fois, le mauvais résultat du traitement a conduit à une réintervention.

Au total, sur 17 sténoses opérées on peut faire état de

- 8 guérisons dont :

- 4 sans dilatation
- 3 après dilatation
- 1 après réintervention

- 9 échecs dont :

- 2 gastrostomies avec un décès
- 2 réinterventions avec un décès

parmi les 5 autres échecs, 4 sont en cours de dilatations, le 5^e est décédé.

Dans nos observations, on peut distinguer deux phases successives dans le traitement chirurgical des sténoses peptiques graves.

Au début, on s'attachait simplement au traitement de la hernie hiatale sans tenter de traitement pathogénique autre que celui du reflux.

Durant cette première période, qu'elle qu'ait été la technique opératoire adoptée :

- + 4 repositions-transpositions thoraciques avec refection de l'angle de His
- 2 repositions-transpositions thoraciques avec refection de l'angle de His et bandelette diaphragmatique.
- 2 repositions-transpositions thoraciques simples.

les résultats ont été mauvais, tant cliniquement que radiologiquement.

Devant ces échecs, on a tenté, dans une deuxième période, un traitement qui s'est voulu pathogénique et dont le geste essentiel était la vagotomie avec pyloroplastie.

Une sténose persistante après intervention thoracique pour cardia-mobile a été réopérée par voie abdominale. Cette réintervention associait un Nissen et une vagotomie avec pyloroplastie. Le résultat a été d'emblée favorable et reste excellent après plus de 2 ans.

Encouragés par ce succès, on a refait, cette fois par voie thoracique, un Nissen avec vagotomie et pyloroplastie pour une sténose organique tardive.

Là encore, le résultat a été bon et le reste depuis plus de deux ans.

Dans l'espoir de prévenir l'apparition d'une sténose secondaire à un reflux post-opératoire persistant, on a, devant ces deux succès thérapeutiques, voulu associer d'emblée, la vagotomie avec pyloroplastie à la cure habituelle de la hernie hiatale.

Cette vagotomie de principe a été faite :

- 3 fois lors d'une intervention initiale par voie thoracique pour opération de Nissen. On a obtenu deux résultats très bons, le troisième est encore récent mais semble moins favorable.

- 3 fois lors de réinterventions sur lesquelles nous reviendrons mais dont on peut dire, ici, que leur résultat semble satisfaisant.

Bien qu'on lui doive des succès encourageants la vagotomie avec pyloroplastie n'est pas sans critiques et demande d'importantes réserves :

- Les séquelles éventuelles de la vagotomie ne seraient théoriquement pas négligeables, qu'il s'agisse des troubles du transit ou des fonctions pancréatiques.

Cependant, aucun de ces troubles n'a été observé parmi nos opérés et aucune dilatation aigue pos-opératoire n'est à signaler.

- On pourrait aussi, être hostile à la vagotomie chez un enfant encore jeune, voire chez un nourrisson, dans l'ignorance où l'on est de son pronostic lointain.

- Enfin, l'oesophagite peptique peut tout aussi bien être en rapport avec un reflux alcalin qu'avec un reflux acide et il devient alors illusoire de supprimer la sécrétion gastrique acide. Pourtant, si les dosages révèlent une acidité gastrique nettement augmentée, il est logique d'espérer la guérison par vagotomie.

Ces dosages, d'ailleurs difficiles chez l'enfant, n'ont pas été faits dans notre série.

Par contre, la pyloroplastie, geste complémentaire indispensable de la vagotomie, semble pouvoir être, à elle seule, bénéfique puisque facilitant la vidange gastrique, elle diminue sans doute le reflux oesophagien quelle qu'en soit la nature chimique.

Il n'a pas été fait, dans notre série, de résection oesophagienne pour cure de sténose peptique secondaire à une hernie hiatale.

RESULTATS DES REINTERVENTIONS
DANS LE TRAITEMENT DES
HERNIES HIATALES

Les 13 réinterventions de notre série, se répartissent comme suit:

- 6 pour des échecs d'interventions initiales faites par le Professeur Agrégé B. DUHAMEL : 5 fois pour des hernies hiatales non compliquées initialement, une fois pour sténose pép-
tique précoce.

- 7 pour des échecs d'interventions initiales faites par un autre chirurgien. Pour 2 de ces enfants, il s'agissait d'une 3^e intervention.

L'indication à la réintervention a été :

- 5 fois la persistance d'un sac de hernie droite

- 2 fois la hernie intra-thoracique du dispositif de fundo-plicature d'un Nissen. L'un avait été fait par le Professeur Agrégé B. DUHAMEL, l'autre était le fait d'un autre opérateur.

- 3 fois une sténose persistante
- 3 fois une oesophagite rebelle.

Le type de l'intervention initiale était variable :

- 2 voies abdominales avec refection de l'angle de His.

- 3 repositions abdominales simples dont 2 sur le même malade.

- 1 gastropexie abdominale

- 4 opérations de ALLISON dont 2 sur le même malade.

- 2 Nissen
- 2 repositions-transpositions thoraciques
simples

- 2 repositions-transpositions avec refection
de l'angle de His et bandelette musculaire cravatant l'oesophage.

Il apparait, à cette énumération, que tous
les types d'interventions sont susceptibles de récurrence ou d'échec
sans qu'aucune n'y expose particulièrement.

Sur les 13 réinterventions de notre statis-
tique, les résultats d'ensemble sont les suivants :

- 1 perdu de vue
- 5 bons résultats cliniques et radiologiques
- 1 bon résultat clinique sans contrôle radio-
logique
- 3 bons résultats mais il s'agit d'interven-
tions encore récentes.
- 3 échecs dont :

- 1 nouvelle récurrence du sac
de hernie droite réopérée ailleurs par voie thoracique
- 2 sténoses persistantes.

L'une d'entre elles a été réopérée pour la seconde fois, ailleurs
par gastrostomie et résection oesophagienne avec décès secondaire.

La technique opératoire utilisée pour les
réinterventions est variable :

La voie abdominale a été utilisée 5 fois avec :

- 2 repositions simples
- 1 refection de l'angle de His
- 2 Nissen avec vagotomie et pyloroplastie

La voie thoracique fut choisie 8 fois pour :

- 1 reposition simple
- 4 refections de l'angle de His
- 1 refection de l'angle de His avec bande-
lette
- 1 refection de l'angle de His avec vagotomie
- 1 reposition de la fundo-plicature du Nissen
hernié avec vagotomie et pyloroplastie.

RESULTATS DES REINTERVENTIONS SELON

LEURS INDICATIONS

Deux malades ont été perdus de vue. Il apparait sur le tableau suivant que les réinterventions pour récidives anatomiques telles que : persistance du sac ou hernie post-opératoire du dispositif de Nissen, donnent constamment de bons résultats, sauf dans un cas où il n'avait pas été possible d'abaisser le sac.

Résultats cliniques	Indication de réinterventions	Résultats radiologiques
XXX +	Persistance du sac de hernies droites	XXX +
XX	Hernie intra-thoracique de Nissen	XX
X ++	Sténose persistante	X ++
XX	Oesophagite	X

X : bon résultat

+ : mauvais résultat

Par contre, quand la réintervention est indiquée par la persistance d'une sténose ou d'une oesophagite, le résultat en est très habituellement plus mauvais.

RESULTATS DES REINTERVENTIONS POUR
HERNIES HIATALES
SELON LA TECHNIQUE OPERATOIRE

- Dans les réinterventions pour récidives anatomiques, les résultats sont bons et la technique opératoire ne modifie pas le pronostic.

- Le résultat des réinterventions pour sténose ou oesophagite est beaucoup plus incertain. Cependant, à l'étude du tableau qui va suivre, il semble moins mauvais lorsqu'est faite une vagotomie avec pyloroplastie.

Nous ne pouvons faire état que d'un trop petit nombre de cas pour convaincre, mais la difficulté du traitement des oesophagites et sténoses persistantes, justifie une méthode qui, dans nos réinterventions n'a pas donné d'échec, et qui, nous l'avons vu, donne des résultats encourageants dans les interventions primitives.

Résultats cliniques		Technique opératoire	Résultats radiologiques	
voie thoracique	X +	Reposition abdominale simple	X +	voie abdominale
	+	Reposition abdominale avec refection de l'angle de His	+	
	X	Nissen abdominal avec <u>vagotomie</u> et <u>pyloroplastie</u>	X	
	X	Reposition thoracique simple	X	
	XXX +	Reposition thoracique avec refection de l'angle de His	XX +	
	X	Reposition thoracique avec refection de l'angle de His et vagotomie	X	
	X	Nissen thoracique <u>pyloroplastie</u> et <u>vagotomie</u>	X	

X : bon résultat

+ : mauvais résultat

C O N C L U S I O N S

Nous avons étudié, dans ce travail, 250 cas de hernies hiatales, observées par Notre Maître le Professeur Agrégé B. DUHAMEL, tant à la clinique Chirurgicale des Enfants Malades, qu'au Centre Hospitalier de Saint Denis, ou qu'en pratique privée.

Il apparaît, dans cette série, que les indications du traitement chirurgical ont été assez fréquentes, puisqu'elles représentent 129 interventions, soit 52 % des cas.

Les interventions ont toutes été pratiquées par le Professeur Agrégé B. DUHAMEL, ce qui assure à l'ensemble de nos observations une parfaite unité thérapeutique.

En dehors des sténoses et des réinterventions que nous avons étudiées à part, les indications opératoires ont été variées, les plus fréquentes étant les hématomésos et les syndromes émétisants graves.

Il faut souligner à propos des indications opératoires, leur évolution au cours des 15 années d'expérience que représente notre étude.

En effet, autrefois, les Pédiatres confiaient beaucoup plus volontiers leurs malades au chirurgien et les interventions de principe étaient donc assez fréquentes, justifiées par l'avenir réservé de toute hernie hiatale chez l'enfant et par leurs excellents résultats.

Depuis quelques années, par contre, les médecins retardent volontiers l'indication opératoire et ne confient souvent au chirurgien que des cas plus graves et plus évolués, dont les résultats, souvent médiocres, semblent donner raison à leur réticence vis à vis du traitement chirurgical des hernies hiatales.

La voie abdominale a été rarement adoptée et a donné lieu, à plusieurs reprises, à des complications per-opératoires importantes, notamment à des traumatismes du foie.

La voie d'abord la plus fréquemment utilisée a été la voie thoracique gauche, passant par le 8^e space intercostal sans resection osseuse.

Jugée par l'opérateur, plus simple chez le nourrisson et le jeune enfant, elle a toujours permis une excellente exposition des lésions et l'exécution simple des gestes thérapeutiques, qu'il s'agisse d'une reposition-transposition, d'une fundoplicature, d'une vagotomie ou d'une pyloroplastie.

Cette voie thoracique n'a donné lieu à aucune complication post-opératoire notable. Les rares troubles de la ventilation ou épanchements pleuraux observés ont toujours été transitoires, leur régression obtenue sans drainage ni ponction, leur guérison sans séquelles.

La mortalité des 110 interventions par voie thoracique a été nulle, puisque le seul décès post-opératoire que nous ayons à déplorer parmi nos 129 opérés, est secondaire à un traumatisme du foie au cours d'une intervention par voie abdominale.

Dans les hernies hiatales non compliquées d'oesophagite ou de sténose peptique, les résultats d'ensemble du traitement chirurgical sont satisfaisants. Cependant, plus la hernie est volumineuse, et plus elle a de chance de guérir simplement.

La technique opératoire, qui, dans notre série a donné les meilleurs résultats, a été la reposition-transposition avec refection de l'angle de His par voie thoracique.

Le geste thérapeutique capital dans ces hernies non compliquées, est de réaliser un bon dispositif anti-reflux : la refection soigneuse de l'angle de His semble y parvenir de façon satisfaisante, quant au Nissen, il apparaît très efficace mais nous n'en avons, dans notre étude qu'une faible expérience.

Par contre, le traitement devient beaucoup plus difficile et aléatoire dès qu'est apparue une sténose peptique de l'oesophage. Il faudra s'attacher à la reconnaître le plus tôt possible, car, plus l'intervention est précoce, plus elle a de chance de succès.

- Une sténose récente pourra guérir par une simple cure chirurgicale de la hernie, associée au besoin, à un traitement par les antibiotiques et les corticoïdes.

- S'il s'agit d'une sténose constituée, sa guérison pourra n'être obtenue qu'au prix d'une vagotomie avec pyloroplastie.

- Devant une sténose tardive irréversible, une resection avec plastie, de préférence colique, peut devenir nécessaire. Il n'en a pas été pratiqué dans notre série.

- De toute façon, les dilatations pré-opératoires et post-opératoires et la gastrostomie sont des thérapeutiques d'appoint souvent précieuses dans le traitement difficile de ces sténoses peptiques.

Au terme de notre étude, nous pensons pouvoir proposer le schéma thérapeutique suivant dans les hernies hiatales de l'enfant :

- Les grosses hernies (hernies droite ou grosse poche) doivent être opérées car elles n'ont guère de chance de guérir médicalement et leur cure chirurgicale est simple et efficace.

- Par contre, devant une petite hernie (cardia mobile ou petite poche) il est légitime de tenter un traitement médical essentiellement postural. Il peut apporter la guérison qu'il ne faudra affirmer que sur des critères cliniques et radiologiques sévères. Mais en l'absence d'amélioration nette, il ne faudra pas le poursuivre au-delà de quelques mois et poser l'indication opératoire avant l'apparition de la sténose qui peut s'installer à bas bruit.

Le traitement médical n'est défendable qu'à cette condition formelle et l'on ne devrait pas voir de sténose peptique chez les enfants suivis médicalement depuis longtemps.

Avant l'oesophagite et la sténose peptique, le traitement chirurgical des hernies hiatales est simple et les résultats sont bons, après l'apparition de la sténose, le traitement est difficile, incertain et conduit parfois à des interventions majeures telles que la vagotomie ou la résection oesophagienne avec plastie.

Vu, le Président de Thèse
Professeur FEVRE.

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE.

1. ALLISON P.R

Reflux-oesophagitis, sliding hiatal hernia and the anatomy of repair.
Surg.Gynec.Obstet.(1951) 92,419.

2. BERNARD R., AUBRESPY P., MOESTRAGGI P., MAN GIAPAN T., ODDO G.
Pronostic des malpositions cardio-tubérositaires du nouveau-né
et du nourrisson.

Marseille-Médical (1961) 98,2.

3. BETTEX M., STILLHART H.

Le traitement de la hernie hiatale du nourrisson et de l'enfant par
la fundoplicature de Nissen.

Helvetica chirurgica acta. (1964) Vol.31.

4. BORDE J.G.

Les hernies par l'hiatus oesophagien chez le nourrisson et l'enfant.
(Etude de 150 observations.)

Thèse Paris.1954.

5. BORDE J. et divers participants.

Réunion de Paris de la Société Française de Chirurgie Infantile,
Décembre 1966.

Annales de Chirurgie Infantile.(Sous presse 1967.)

6. DUHAMEL B., SAUVEGRAIN J.

Diagnostic radiologique et traitement chirurgical des hernies
par l'hiatus oesophagien chez le nourrisson.

Archives Françaises de Pédiatrie (1951),8,603.

7. DUHAMEL B., SAUVEGRAIN J., MASSE N.P., DUPARC J.

Les formes mineures des malpositions cardio-tubérositaires.

Archives Françaises de Pédiatrie,(1952),9,1017.

8. DUHAMEL B.

Chirurgie du nouveau-né et du nourrisson.

Masson Edit. Paris 1953.

9. DUHAMEL B., SAUVEGRAIN J., DUHAMEL J.

Hernies gastriques par l'hiatus oesophagien.

Encyclopédie médico-chirurgicale.1956.

10. DUHAMEL B.

Technique chirurgicale infantile.

Masson Paris 1957.

11. DUHAMEL B.

16° Congrès des Pédiatres de langue française.

Expansion Scientifique Française.Paris 1957.

12. GENTON N (Zurich), BETTEX M. (Berne)
Conceptions actuelles du diagnostic et du traitement de la hernie
hiatale.
Annales Paediatrici 1960.
13. HOLINGER P.L., JOHN STON K.C., POTTS W.F., DA CUNHA F.
Le traitement conservateur et chirurgical des sténoses bénignes de
l'oesophage.
The Journal of thoracic Surgery, 1954, vol. 28.
14. JAUBERT de BEAULIEU M., CUILLET J.
Le traitement chirurgical des hernies hiatales et des malpositions
oesophago-cardio-tubérositaires du nourrisson et de l'enfant.
Lyon chir. (1962° 58, 321.
15. LAMBLING A., BADER J.-P., RIVOAL R.
Le péristaltisme oesophagien (enregistrement électromanométrique)
à l'état normal et pathologique en particulier dans le méga-
oesophage (cardiospasme) et la hernie hiatale.
Gastro-entérologie 1956, 86:151.
16. LAURENCE G.
Hernies diaphragmatiques du nourrisson et du nouveau-né.
Revue du praticien Sept. 1956.
17. LAURENCE G.
Résultats du traitement chirurgical dans les hernies hiatales de
l'adulte.
La Revue du Praticien. 1960.
18. LELONG M., LAMY M., AIME P.
Un nouveau cas de brachy-oesophage chez un nourrisson.
Bull. et Mém. de la société méd. des hop. de Paris. Octobre 1940.
19. LELONG G. M., AIME P., AUBIN A., BERNARD J.
Le brachy oesophage avec estomac partiellement thoracique.
Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hop. Février 1939 n°4.
20. LORTAT-JACOB J.L.
Chirurgie de l'oesophage.
Revue du Praticien. Tome III n°15.
21. LORTAT-JACOB J.-L., MAILLARD J.-N.
Le traitement chirurgical des maladies du reflux gastro-oesophagien.
Presse Médicale 1957 .n°20.
22. MOUNIER KUHN P., GAILLARD J., et TASSIN M.
Les sténoses peptiques de l'oesophage.
Mécanismes pathogéniques (à propos de 30 observations)
J. Méd. Lyon. 1963, 43, 1681.
23. NISSEN R., ROSSETTI M.
Die behandlung von hiatus hernien und refluxoesophagitis mit gastro-
pexie und fundoplicatio
Georg Thieme, Stuttgart 1959.

24. NISSEN R., ROSSETTI M.

Zur indikation der fundoplicatio und gastropexie bei der hiatus hernie
Schweiz-med-Wochr. (1962) 92, 533.

25. POILLEU X F., FRILEUX Cl., GARBAY M., COHEN-B OULAKIA A.

Une variante technique pour la cure chirurgicale par voie thoracique
des hernies hiatales récidivées.

Annales de Chirurgie. Avril 1958.

26. ROVIRALTA E.

Les vomissements du nourrisson (adaptation française de B. Duhamel)
Editions médicales Flammarion, Paris 1952.

27. ROVIRALTA E.

Hernies hiatales et ectopies partielles de l'estomac chez l'enfant
(Adaptation française de R. Pagés)

Masson et Cie. Paris 1967.

28. RUDLER

Traitement chirurgical des hernies hiatales.

Bibliotheca gastro-entero. 1960, fasc. 1.

29. RUDLER.

Voie d'abord des hernies de l'hiatus oesophagien.

Act. Chir. Belge 51, 1952.

30. RUDLER et VIGUIER.

Traitement du reflux gastro-oesophagien.

Arch. Mal. App. Digest. 1956, Suppl. 6.

31. SWEET.

Analysis of on hundred thirty cses of hiatus herni. treated surgically
J A M A. 1953, 151.

32. WANGESTEEN AND MC LEAN.

Traitement chirurgical des sténoses de l'oesophage.

Surg. Gynéco. Obsté. 1959. 103.

